

実務経験証明書

東海医療科学専門学校
学校長 殿

フリガナ	トウカイ ハジメ		生年月日	
本人氏名	東海 はじめ		西暦	1990 年 5 月 26 日
法人名	社会福祉法人セムイ福祉会	施設・機関名	セムイの郷	
施設種類	※募集要項P.11～P.19の通り、正確にご記入ください。 障害福祉サービス事業 生活介護を行う施設			
職種	※募集要項P.11～P.19の通り、正確にご記入ください。 生活支援員			
※(1)、(2)のいずれか該当する方にご記入ください。				
(1)上記の者は、西暦 2013 年 4 月 1 日より当施設・機関において勤務していることを証明します。				
(2)上記の者は、西暦 年 月 日より西暦 年 月 日まで 当施設・機関において勤務していたことを証明します。				
証明書作成日		西暦 2023 年 10 月 18 日		
証明権者	法人・施設・機関の所在地	愛知県名古屋市中村区●●●●●●		
	法人名	社会福祉法人セムイ福祉会	施設・機関名	セムイの郷
	電話番号	(●●●) ●●● - ●●●●●		
	施設・機関代表者	施設長 福祉 太郎		公印

- 【記入上の注意点】
- 実務経験証明書は、出願者の実務経験を施設
 - 出願者が所属するまたは所属していた施設・機関等の方が、黒のボールペンを用い、楷書で記入してください。出願者本人が記入したものは認められません。
 - 施設種類および職種は、P.11～P.19の「指定施設における相談援助業務の範囲」に記されたものと一致するように正確にご記入ください。
記載内容に誤りや事実と異なる点がある場合、入学選考や科目免除審査の対象にできなかったり、国家試験受験資格が得られなくなる場合がありますのでご注意ください。
 - 記入した内容を訂正する場合は、二重線で消し、証明権限を有する代表者の公印で訂正してください。修正テープなどによる訂正は認められません。
 - 本申告書が複数必要な場合は、コピーしてご使用ください。



記入見本はこちら